UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 48

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECZÉMA GÉNÉRALISÉ

ÉRYTHRODERMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Avril 1910

PAR

Paul GUERRIÈRI

Né à Porri (Corse), le 12 janvier 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRASSET, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
VEDEL, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECZEMA GÉNÉRALISÉ

ÉRYTHRODERMIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 48**

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECZÉMA GÉNÉRALISÉ

ÉRYTHRODERMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Avril 1910

ACAD. LUDLBAT. BUBL.

PAR

Paul GUERRIÈRI

Né à Porri (Corse), le 12 janvier 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

GRASSET, Professeur, *Président.*
GRANEL, Professeur
VEDEL, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✲)
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲)
Clinique médicale	CARRIEU
Clinique des maladies mentales et nerv	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignemen de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.* | VEDEL, *agrégé.*
GRANEL, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur : qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE HYACINTHE GUERRIERI

A MON ONCLE J.-ETIENNE MARCHELLI

P. Guerrieri.

A TOUS MES MAITRES

P. GUERRIERI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
CHARGÉ DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PATHOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUPIQUE GÉNÉRALES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

CHEF DU SERVICE DES MALADIES DE LA PEAU A L'HOPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRIN

CHEF DU SERVICE DES MALADIES DE LA PEAU
A L'HOTEL-DIEU DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

PROFESSEUR DE BOTANIQUE
ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

P. GUERRIERI.

AVANT-PROPOS

Il nous est bien doux que la présentation de ce modeste travail marque enfin le terme de la période des examens. Mais notre vraie jeunesse est aussi près de s'achever...

A ce tournant de la vie, on ne peut pas... ne pas jeter déjà un regard en arrière... Que ce soit là surtout un geste de gratitude, pour nos parents d'abord, et, du plus profond de notre cœur, qu'ils soient ici remerciés de leur sollicitude à notre égard.

Puis notre pensée reconnaissante va à tous nos maîtres : de l'école communale de Porri, du lycée de Bastia, de l'Ecole de médecine de Marseille, de la Faculté de médecine de Montpellier.

*Nous gardons aussi le plus cordial souvenir de nos amis et de nos camarades, et plus particulièrement des rédacteurs de l'*Echo des Etudiants*, de Paul, Raoul et Georges Duplessis de Pouzilhac, Louis Courchet, Paul Rigaud, P. Guidoni, Henri d'Aiguillon, L. Martin, H. Martin, H. Scagliola, A. Michel, G. Gérin, M. Dinard, J. Parès, René Camus, Fraticelli, Chauzit, Rollin, Mansillon, A. Dussol, Bonnefoy, F. Granier, Tali.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ECZÉMA GÉNÉRALISÉ

ÉRYTHRODERMIQUE

INTRODUCTION

Comme sujet de notre thèse de doctorat, nous avons, dès le début de nos études, pensé à traiter d'une question qui, tout en étant particulière, se rattachât nettement à la pathologie générale.

Ayant eu l'occasion de fréquenter à Marseille la clinique dermatologique de M. le professeur L. Perrin, nous prîmes goût à l'observation des nombreux malades défilant devant notre maître si estimé pour sa science et pour sa bienveillance.

A Montpellier, nous avons suivi le service des maladies de la peau et nous avons demandé à M. le professeur Vedel quels étaient les derniers cas qui l'avaient intéressé particulièrement. Il voulut bien nous donner ce sujet et c'est avec grand plaisir que nous nous sommes chargé

de le traiter ; il cadre bien avec l'idée que nous voulions essayer de réaliser en notre thèse.

Nous croyons devoir ajouter que nous avons remarqué, en notre pays d'origne, la Corse, beaucoup de personnes offrant l'ensemble ou quelques-uns des états morbides caractérisant le neuro-arthritisme.

Mais surtout nous tenons à remercier respectueusement ici M. le professeur Vedel d'avoir bien voulu attirer notre attention sur les malades atteints d'eczéma généralisé érythrodermique qu'il a soignés avec tant de compétence et de succès. Nous regrettons seulement de n'avoir pas pu (moins encore par manque de bonne volonté que de temps) davantage profiter et tirer parti des conseils si éclairés et si cordiaux que notre maître nous a prodigués.

Nous nous sommes borné à rapporter et à étudier ici le cas d'eczéma généralisé érythrodermique que M. le professeur Vedel a bien voulu nous transmettre.

Certes, l'eczéma est banal, mais sa généralisation est assez rare et grave, et conséquemment bien plus intéressante.

Les conditions de sa généralisation et de sa complication érythrodermique ne sont pourtant pas au fond plus complexes que celles de son apparition, de son existence si difficiles du reste à dégager.

Mais vraiment, l'eczéma généralisé est une maladie, est relié à une maladie générale, et même quand il évolue suivant le type érythrodermique il n'est cependant que le grossissement de l'eczéma simple vulgaire. Nous nous raffermissons de plus en plus dans l'idée que l'eczéma vrai est une maladie générale ou plutôt qu'il est la plus fréquente expression cutanée de l'auto-intoxication.

Notre travail au sujet d'un fait de passage qui nous a

paru avoir quelque intérêt pratique et spéculatif est ainsi divisé :

D'abord, place aux faits, puis analyse de l'observation : I, diagnostic clinique ; II, évolution et pronostic ; III, étiologie-pathogénie ; IV, traitement. Conclusions.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M le Professeur Vedel

Marguerite P..., 28 ans, ménagère à Cette, entre dans le service des maladies de la peau, le 9 mai 1909, pour un eczéma généralisé, à type érythrodermique, et en sort guérie le 5 février 1910.

Pas d'antécédents héréditaires appréciables.

Comme antécédents personnels, nous notons qu'elle a été réglée depuis l'âge de 13 ans, normalement, régulièrement, jusqu'à 25 ans, époque de son mariage.

A ce moment, rougeole assez intense, sans altération particulière de la peau à sa suite ; 4 mois après, ictère sans particularités ; 2 mois après, rhume de poitrine traité par des applications de teinture d'iode qui laissent à leur suite des démangeaisons aux points badigeonnés. C'est dans ces conditions, un mois après ce rhume, cinq mois après son ictère, qu'elle devient enceinte.

Au troisième mois de la grossesse, les démangeaisons se généralisent et durant toute la gestation elle est tourmentée par un prurit généralisé, surtout nocturne, sans lésions cutanées. L'accouchement se fait à terme. L'enfant qui a aujourd'hui (9 mai 1909) 16 mois, ne présente rien de particulier. Quinze jours après l'accouchement, se montrent, au niveau des doigts, des points de suppuration sous-épidermiques (tournioles) ; en même temps paraissent, disséminés sur tout le corps, des petits boutons avec

pus (folliculites) ; il y aurait eu aussi des placards croûteux au niveau des bras et de la région lombaire.

Six mois après, apparaissent sur tout le corps des placards érythémateux, à contours festonnés, prédominants à la face antérieure de la poitrine de couleur rouge-jaunâtre, avec légère desquamation farineuse (séborrhéide sèche).

Bientôt après, en juillet 1908, se montre, au niveau des orteils, un processus suppuratif analogue à celui signalé aux doigts avec, en plus, quelques formations bulleuses phlycténulaires à la plante des pieds.

Depuis son apparition qui a eu lieu six mois après l'accouchement, c'est-à-dire en mai 1908, son eczéma séborréique, au début surtout médio-thoracique, n'a fait que s'accroître peu à peu de la face au tronc et aux membres.

A l'entrée à l'hôpital, nous voyons une malade dont toute la surface du corps est le siège d'une érythrodermie de teinte rouge-rosée, suintante sur une grande partie de son étendue, recouverte de fines squames pityriasiques sur les autres points et surtout au niveau du cuir chevelu et de la face. Il y a aussi exagération des plis cutanés.

La peau, dans son ensemble, est épaissie, empâtée, sans aucune tendance atrophique et enserrante. Les cheveux sont fragiles, un peu décolorés, surtout ternes et très secs.

Des exulcérations se voient aux sillons rétro-auriculaires. A la face externe des bras notamment et aux mains, la dermatite exsudative a donné lieu à la formation de croûtes au-dessous desquelles le tégument est exulcéré. Au niveau des plis articulaires, la rougeur et le suintement sont augmentés et la peau présente des fissurations multiples.

Il existe à la face externe des mollets, à côté de croûtes mélicériques, une série de petits abcès cutanés.

Les ongles des mains et des pieds présentent des troubles trophiques accentués (état vermoulu, effritement, chute).

Sur tous les autres points non signalés, la peau est particulièrement érythrodermique et finement suintante.

Notons que cette femme, durant son séjour dans notre service, a cessé d'être réglée. Mais à chaque période menstruelle coïncidait une recrudescence d'acuité de sa dermatose, qui s'exprimait notamment au niveau de la face par du gonflement et de la rougeur, au niveau du tronc et des membres par une rougeur et un suintement plus considérables, et aux extrémités par une vésiculation et une fissuration très marquées.

C'est en raison de ces poussées cutanées correspondant bien aux époques menstruelles, que cette malade a été traitée par l'ovarine à la dose de 1 gramme par jour. Cette opothérapie ovarienne a paru produire des effets plutôt favorables, sans qu'il soit facile de dégager son action, comme pour toute autre médication instituée.

L'extrait d'ovaires, donné vers juillet-août 1909, n'a pas suffi dès l'abord à faire revenir les règles. Elles n'ont reparu que vers la fin de l'année avec une amélioration très manifeste de la dermatose et un remontement général bien marqué.

Tout le temps, un parallélisme complet a existé entre l'état de la peau et l'état des forces de la malade.

A l'entrée, cette femme était dans un état d'asthénie tel qu'indépendamment de l'attitude immobile qu'elle prenait pour éviter le frottement des vêtements sur sa peau endolorie, elle avait de la peine non seulement à marcher mais même à se tenir debout. Elle se trouvait dans un état de fatigue, de faiblesse extrême, aggravé en-

core par une insomnie rebelle et des crises de douleurs stomacales.

En juin, on a cru bon de traiter cette malade par des injections d'eau de la Bourboule (1 injection de 0,50 cc. trois fois par semaine. En tout, sept injections).

Analyse du sang

Avant injections d'eau de la Bourboule 29 *mai* 1909

Globules rouges	Globules blancs	Poly-nucléaires	Mono-nucléaires	Lympho-cytes	Eosino-philes
3.695.000	20 000	63	16	6	15

Après injections d'eau de la Bourboule 26 *juin* 1909

Globules rouges	Globules blancs	Poly-nucléaires	Mono-nucléaires	Lympho-cytes	Eosino-philes
3.600 600	15 000	61	14	8	17

Nota. — Remarquer l'*éosinophilie* en rapport avec la *dyscrasie*

URINES

Avant Injections d'Eau de la Bourboule

DATE	Quantité	Densité	Réaction	URÉE		CHLORURES		Albumine	Sucre
				Par litre	Par 24 heures	Par litre	Par 24 heures		
	gr.			gr.	gr.	gr.	gr.		
17 juin 1909. . . .	1 050	1 013	Acide	13	13 65	4.80	5.04	Traces	0

Après Injections d'Eau de la Bourboule

DATE	Quantité	Densité	Réaction	URÉE		CHLORURES		Albumine	Sucre
				Par litre	Par 24 heures	Par litre	Par 24 heures		
	gr.			gr.	gr.	gr.	gr.		
26 juin 1909. . . .	1.900	1.011	Acide	8.08	15.35	7.70	14.60	Très légères Traces	0

On essaye, au début, les bains amidonnés ; un peu plus tard, l'ovarine est ajoutée au traitement ; puis premières injections d'eau de la Bourboule ensuite, en août, deuxième série d'injections.

Les 9, 11,14 août, on a injecté 125 grammes d'eau arsénicale. La malade fait une *poussée aiguë* le 10 ; surtout après les repas, sensation de brûlures ; on applique de la pommade au santal. Le 14 au soir, crises de dyspnée avec cyanose de la face sans expectoration albumineuse, pendant environ 4 h. Plusieurs crises analogues se répètent le lendemain avec oligurie. Elles sont considérées comme des manifestations urémiques et traitées par des injections d'éther camphré, par des inhalations d'oxygène, des lavements purgatifs. On supprime les injections de la Bourboule, la pommade au santal, pour donner du lactose et de la théobromine. Il faut dire aussi qu'à ce moment, la malade, fatiguée de son régime lacté, avait fait quelques écarts ; après cet incident et jusqu'à la fin elle n'a jamais cessé d'être au régime lacté ou lacto-végétarien déchloruré.

La poussée d'août est une des dernières. Mais jusqu'en novembre, cette malade n'a cessé de présenter de la rougeur, et, suivant les points, du suintement avec croûtes plus ou moins épaisses, mais jamais beaucoup, et de la desquamation par fines lamelles.

Cependant, bien que sa dermatose ne manifeste pas encore de tendances nettement favorables, objectivement parlant, on note dès juillet une amélioration au point de vue de l'asthénie. La peau est déjà moins empâtée mais suinte ; l'insomnie et le prurit n'en persistent pas moins. Le prurit était encore violent en septembre, tenace en octobre et n'était guère calmé que par le chlorure de cal-

cium intus (4 gr. par jour durant cinq jours tous les 15 jours, 5 jours sur 15).

Puis, on s'est bien trouvé, au point de vue du prurit, des courants de haute fréquence dont les séances, faites trois fois par semaine, alternent avec des bains gélatineux et amidonnés en même temps que la malade prend une douche tiède tous les matins.

C'est en novembre que l'amélioration s'est nettement marquée du côté de la peau, qui commence à pâlir lentement et progressivement, en même temps qu'elle devient moins épaisse et plus souple. La face devient chaque jour moins bouffie. Les ongles et les cheveux reprennent peu à peu l'aspect normal. Les fissures des extrémités se cicatrisent. Pas de poussées nouvelles. L'état général s'améliore parallèlement. Les règles reparaissent. Cette femme qui était arrivée comme une loque, qui avait si patiemment souffert dans le service, revenait de jour en jour à la vie. Les démangeaisons diminuent, elle repose. Elle reprend des forces et du poids, malgré ou grâce au régime lacté.

Évolution du POIDS

29 Novembre 1909	58 kgr. 800
6 Décembre —	57 — »
13 Décembre —	56 — 600
20 Décembre —	58 — 300
27 Décembre —	59 — 900
3 Janvier 1910	61 — 200
18 Janvier —	62 — 500
25 Janvier —	62 — 900

Quand cette femme est sortie de l'hôpital (5 février 1910), on pouvait la considérer comme guérie. On lui conseille simplement le régime lacto-végétarien surveillé, ne pouvant faire de régime déchloruré dans sa famille.

Revue le 1er mars, la peau de cette femme reste souple, mais a conservé un aspect brunâtre qui, du reste, va diminuant. Ses cheveux ont poussé, sont devenus souples, ont pris une coloration brillante et sont normalement lubréfiés. Mais, depuis la veille, et c'est pourquoi elle est venue consulter, elle présente au niveau du front et des tempes une éruption vésiculeuse du type eczémateux, qui, en quelque sorte, vient apporter une signature tardive à cette histoire dermatologique. Nous recommandons le régime lacté absolu, bien que les urines ne renferment point d'albumine.

Tableau

URINES

DATES	Quantité	Densité	Réaction	URÉE		CHLORURES		Albumine	Sucre
				Par litre	Par 24 heures	Par litre	Par 24 heures		
	gr.			gr.	gr.	gr.	gr.		
6 juin 1909.....	1.000	1.013	Acide	10 »	10 »	8.80	8.80	0	0
13 juillet..	1.450	1.012	Acide	6.13	8.8885	10 »	14.50	0	0
15 septembre....	1.050	1.013	Acide	8.26	8.673	2.90	3.045	Très légères traces	0
9 octobre	1.000	1.012	Acide	9.47	9.47	4.80	4.80	Très légères traces	0
27 novembre ...!	2.750	1.002	Acide	3.39	8.2225	0.59	1.3750	0	0
7 décembre	4 200	1 004	Acide	6.69	28.098	2 50	10.50	0	0
5 janvier 1910...	3.000	1.008	Acide	8.47	25 41	4.20	12.60	0	0
5 février	3.000	1.009	Acide	10.7	34.24	5.20	16.64	0	0

Nota. Remarquer : 1° L'*hypoazoturie* et l'*hypochlorurie* du *débul* et de l'*acmé* de l'*affection*.

2° La *crise urinaire chlorurique et uréique* du *déclin* de *la* même *affection*.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le diagnostic porté par M. le professeur Vedel a été celui d'eczéma généralisé érythrodermique. Nous devons le définir et le justifier.

Pour diagnostiquer une dermatose, Stelwagon envisage : 1° sa localisation ; 2° sa durée ; 3° le type même de l'éruption ; 4° le caractère majeur que la maladie peut avoir. Bien des affections de la peau sont ainsi reconnaissables, reconnues et définies clairement. Kaposi constate excellemment que tout le monde est d'accord sur *l'aspect clinique* de l'eczéma. Il n'est point facile cependant de préciser la *définition* de l'eczéma simple lui-même. L. Brocq insiste sur son caractère vésiculaire, sur la *petitesse de sa vésicule.*

Nous avons bien vu chez notre malade les vésicules grandes chacune « comme une tête d'aiguille ». La *rougeur,* le *suintement,* la *desquamation,* étaient bien les *symptômes objectifs* classiques de l'eczéma. Le *prurit* en était *l'expression subjective.*

L'aspect farineux de la desquamation au début et le *point de départ médio-thoracique* décelaient *un eczéma séborrhéique* (Unna).

Mais déjà, nous sommes de plain pied dans l'évolution

et même dans la pathogénie, tant l'ensemble des faits approfondis concernant une maladie seul la distingue, et tant il est difficile, mais nécessaire de diviser.

Ainsi à des applications de teinture d'iode succède du prurit avec une séborrhée sèche, des petites vésicules se montrent et persistent ; voilà une *séborrhéïde eczématisée* ou un *eczéma séborrhéïque*. Ce processus s'étend au point de nous faire dire : eczéma généralisé. Pourquoi ajoutons-nous érythrodermique ?

En l'absence de ces commémoratifs séborrhéïques et en présence d'une rougeur plus vive, nous aurions cru à un *eczéma rubrum généralisé*.

Notre qualificatif érythrodermique est surtout destiné à rapprocher l'affection observée d'un *syndrome* où la rougeur se combine à la *desquamation* et à la *généralisation*, c'est-à-dire de *l'érythrodermie exfoliante généralisée*. Disons de suite que le *suintement* n'existe pas, disparaît ou diminue dans cette dernière dermatose : il n'a pas cessé dans le cas rapporté. La desquamation se fait par larges lambeaux dans l'érythrodermie vraie, elle a été toujours furfuracée chez notre malade.

L'érythrodermie, d'ailleurs, ne pourrait ici être *primitive*, puisque celle-ci apparaît sans prodromes considérables et chez un sujet indemne de toute affection cutanée ; *aiguë* ou *subaiguë*, l'érythrodermie primitive a une évolution cyclique avec fièvre au début. *Brusque* aussi est la *rougeur* du *pityriasis rubra*. Dans ce dernier, la desquamation est, certes, fine, mais le suintement et les petites vésicules y font défaut ; sa forme grave (Hébra) a une évolution fatale et liée souvent à la tuberculose.

Mais ne s'agirait-il pas dans notre observation d'une *érythrodermie vraie secondaire* (Besnier) ? Et dans ce cas, *terminale* ou *accidentelle* (Besnier) ? L'élément important

serait alors l'état général ; et, en effet, une asthénie manifeste a frappé au début M. le professeur Vedel : l'état des forces a évolué, chez notre malade, parallèlement à l'état de la peau. Mais nous n'avions point affaire à une très ancienne eczémateuse et la poussée s'est bien calmée. Voilà pourquoi nous avons éliminé *l'érythrodermie exfoliante secondaire terminale* ou *cachectique* (Besnier), aussi dite *herpétide exfoliative maligne* (Bazin).

Reste *l'érythrodermie exfoliante généralisée secondaire accidentelle* ou *épisodique* (Besnier), et n'eût été surtout le suintement, on pourrait adopter ce diagnostic.

Indiquons aussi les *érythrodermies secondaires au psoriasis,* au *lichen plan,* au *pityriasis rubra pilaire,* où l'on trouve les éléments, les caractères propres de ces dermatoses que nous ne croyons pas devoir décrire ici. La vésicule eczématique peut s'associer à ces divers types éruptifs.

Ce qui est très malaisé — mais très important, surtout au point de vue pronostic — c'est de différencier le début du *mycosis fongoïde* (vulgaire ou érythrodermique) de la maladie observée. Une desquamation intense, une infiltration forte, l'absence de lésions unguéales nous y aurait fait penser ; l'évolution nous a donné la certitude... de son absence.

Quant au *pemphigus foliacé*, il frappe par ses bulles caractéristiques : si l'on n'en trouve point, plus ou pas encore, on peut, d'après Nikolsky, le reconnaître à la non-adhérence de la couche cornée. L'aspect grenu légèrement papillomateux (Quinquaud) de l'épiderme sous les squames met aussi sur la voie (Ribollet). L'histoire dermatologique de notre malade ne nous a fait nullement soupçonner cette affection.

CHAPITRE II

EVOLUTION. PRONOSTIC

Seule l'évolution intégrale de la maladie peut la faire juger à son entière mesure. On ne saurait la montrer complètement dans le cas qui nous occupe. Dans l'observation sont détaillés les faits ; pour établir le diagnostic clinique, nous avons dû en reprendre, en répéter quelques-uns ; il nous faut essayer de voir ici la filiation des symptômes saillants. Mais on peut dire qu'il s'agit ici de *plusieurs faits de passage*, de *plusieurs évolutions* ; on ne peut les décrire toutes clairement. L'histoire dermatologique de notre malade ne s'est point arrêtée. La marche des phénomènes morbides dépend évidemment de leurs causes profondes, indépendamment du terrain et elle dépend aussi du terrain, indépendamment des causes ou de la cause.

Des applications de teinture d'iode [illegible]ment du *prurit ;* après ce prurit prééruptif (Jacquet), se montre de la séborrhée sèche avec rougeur (*parakératose, dermatose figurée médio-thoracique*) ; les démangeaisons continuent ; des vésicules petites apparaissent (*eczéma*) ; des infections secondaires se font (*impétigo*, folliculites) ; l'inflammation s'étend et sur tout le tégument ce ne sont plus que vésiculation, suintement, fine desquamation, rou-

geur, prurit ; une *asthénie* forte accompagne ces troubles externes ; une recrudescence des phénomènes est manifeste au moment où la malade devrait avoir ses *règles*. Cela dure 18 mois environ, puis l'accalmie lentement se fait ; mais *quelques vésicules d'eczéma reparaissent*.

Entre tous ces types éruptifs, de toutes ces modalités morbides cutanées objectives et subjectives, de tous ces symptômes externes et aussi de toutes ces manifestations pathologiques internes, ressortent surtout le *point de départ*, le *point d'acmé*, le *point d'arrivée*. Après un *traumatisme banal et passager*, un *processus cutané* commence, évolue, se généralise ; une *perturbation grande de l'économie* s'y associe ; puis graduellement l'affection s'éteint, mais, au niveau de la peau, elle persiste, petite ou rapetissée.

Tout cela a duré 18 mois environ avec 8 mois d'acuité caractérisée. Pour une poussée d'eczéma généralisé, c'est considérable. Une érythrodermie vraie post-eczématique accidentelle dure plusieurs semaines (Brocq). Sans entrer dans trop de considérations d'évolution comparée, pour ainsi parler, et bien que beaucoup d'auteurs aient signalé maints faits pareils, nous croyons pouvoir dire qu'on n'a pas insisté assez sur la gravité et l'importance générale d' « une poussée d'eczéma séborrhéique généralisé érythrodermique ». Cette affection est polymorphe plus encore dans le temps que dans l'espace ; elle tourne autour d'un type objectif, d'un mode éruptif à peine constant, à peine déterminé ; ses allures ne nous ont pas donné l'impression d'une *maladie* une, d'une *dermatose* vraie, pure, bien définissable, bien définie à tous les points de vue.

Le pronostic est aussi variable que l'évolution, mais il est un fait bien connu ; c'est que si une poussée n'est pas grave, une autre peut paraître et l'être ; l'état de cachexie

cutanée et générale peut progressivement se faire et l'érythrodermie terminale vraie se constituer (Bazin). La connaissance et l'atténuation des causes de l'eczéma généralisé érythrodermique sont donc importantes à plusieurs points de vue. L'évolution reliée à ces causes peut-elle nous éclairer sur leur nature ? Elle traduit aussi les réactions du terrain ! Elle semble même par son ampleur, souligner celles-ci.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE, PATHOGENIE

Malgré l'évidente complexité des faits rapportés, malgré les divergences d'idées des dermatologistes, nous devons essayer de dégager la nature intime de ces formes cliniques.

Les affections cutanées, et surtout celles que nous avons en vue ici, sont tellement liées, plus même que toutes les autres maladies, à toutes sortes de causes morbifiques venant de l'extérieur et de l'intérieur, et elles sont tellement liées les unes aux autres qu'il est difficile d'établir des distinctions tranchées, une causalité une, une dominante étiologique constante et propre à chacune. Aurait-on précisé l'origine de l'eczéma que l'on aurait encore à montrer comment il se généralise, comment une érythrodermie se greffe ou se développe sur lui. Mais ce serait un éclaircissement même pour les complications de l'eczéma que la connaissance du processus eczématique élémentaire. Et sa généralisation n'en serait-elle pas comme le grossissement qui pourrait servir à éclairer toute sa manière d'être ?

Dans *l'existence,* la *généralisation* et la *complication érythrodermique* de l'eczéma, trois sortes ou trois ordres de causes se présentent : *causes extérieures, causes intérieures locales, causes intérieures générales.*

I. Au point de vue des INFLUENCES EXTERNES, nous avons noté chez notre malade des applications de teinture d'iode donnant des démangeaisons *persistantes.* Nous les retenons, mais nous croyons devoir en induire de suite *une prédisposition individuelle évidente.*

En suivant la marche de l'affection, nous trouvons de la séborrhée sèche médio-thoracique ; le prurit continue ; l'eczéma paraît. Il y a là non seulement un trouble *hyper,* mais aussi une perturbation *para* de la sécrétion sébacée et de la kératinisation normales. Et cette progression des symptômes ne serait-elle pas le signe de « l'élimination de substances toxiques », pour nous servir des expressions de M. le professeur Grasset.

Avant d'essayer de déterminer l'existence et la nature de ces excréta, nous croyons devoir parler de la *théorie parasitaire* de l'eczéma séborrhéique et de l'eczéma vulgaire (Unna, Sabouraud, Leredde). L. Perrin a rapporté quelques cas de contagion. Les allures cliniques de la maladie n'infirment pas absolument l'hypothèse parasitaire, tout au moins dans certains cas. Mais l'eczéma semble peu souvent transmissible et n'a pas encore été inoculé. Rien de précis sur *l'agent pathogène* (morocoque ou morocoques). On expliquerait bien parfois l'extension de la dermatose par l'auto-inoculation de proche en proche. Mais l'aspect, la marche ultra-compacte et rapide de l'affection que nous avons observée, nous a donné plutôt l'idée d'une explosion et d'une extériorisation. Indéniable est l'infection secon-

daire. La théorie microbienne ne saurait exclure, non plus, la question du milieu intérieur, de la réceptivité morbide pure et de la réceptivité morbide suivant les phases de la vie. Même la théorie des *associations microbiennes* (Sabouraud) ne peut pas ne pas tenir compte du *terrain*, de la *prédisposition individuelle*. « L'hypothèse parasitaire en revient à la théorie d'origine interne avec un microbe en plus. » (L. Brocq.) « Elle n'est que la théorie des impétigos. » (Tommasoli.)

II. Parmi les *causes excitantes* ou *déterminantes d'origine interne locale* (*non d'ordre général et fixe*), nous avons noté des *troubles digestifs* et *hépatiques*.

Nous rappelons aussi que, durant sa *grossesse*, notre malade, sans accuser une affection pouvant faire penser à l'herpès gestationis, a été tourmentée d'un prurit généralisé.

Kaposi a signalé une fréquence particulière de l'eczéma chez les femmes atteintes de *dysménorrhée* et d'affections utérines. En dehors de toute cause, connexion ou coïncidence appréciable autre que la dermatose, les règles ont cessé chez notre malade ; elles n'ont réapparu qu'avec un état de plus en plus meilleur de la peau.

Le sang des menstrues contient des toxines ; un organisme privé de ces sortes de décharges mensuelles de produits de la désassimilation destinés à être rejetés au dehors, doit s'intoxiquer. L'*aménorrhée*, qu'elle soit primitive ou secondaire, a un retentissement certain sur l'eczéma. De plus, ne pourrait-on pas penser là à un *trouble de la sécrétion interne de l'ovaire*, ainsi que nous le faisait remarquer notre maître. Outre l'ovulogénèse, l'ovaire semblerait, soit par une « propriété cellulaire générale », soit par une « fonction de haute spécialisation » (Hallion,

Grasset), intervenir dans la nutrition générale de l'organisme. La castration ou même l'insuffisance ovarienne serait en relation avec l'obésité, l'adipose douloureuse (Sicard, Grasset). Ces processus de surcharges graisseuses ne peuvent-ils pas avoir quelque analogie avec l'hypersécrétion graisseuse ? La séborrhée, l'eczéma figurent bien parmi les troubles de la ménopause. Comme les glandes à sécrétion interne auraient « des actions réciproques », des synergies fonctionnelles et conséquemment des sympathies morbides, on pourrait ajouter qu'il y a dans le fait envisagé plus qu'une insuffisance ovarienne, mais aussi une insuffisance thyroïdienne et même une *insuffisance pluriglandulaire*. Des « dysendocrisies complexes » ont été constatées par Levi, de Rotschild et reliées à l'acromégalie, au neuro-arthritisme (Grasset). Mario Oro a trouvé de l'atrophie des capsules surrénales dans l'érythrodermie primitive subaiguë. Tous ces points sont évidemment encore à préciser, mais que ce soit par voie *sanguine* ou *réflexe*, les troubles menstruels influent sur l'eczéma.

Nous n'avons pas constaté chez notre malade de *troubles nerveux* bien distincts, à part le prurit, l'insomnie, l'asthénie. Le prurit pourrait bien avoir une certaine valeur étiologique ; « l'intégrité du système nerveux qui règle toute la nutrition » n'existait certainement pas chez notre eczémateuse, que ce soit, bien entendu, primitivement ou secondairement. Il nous semble que le système nerveux, délicat et important, pourrait manifester là son atteinte par une cause profonde, par une *intoxication*. Rien n'est plus caractéristique à cet égard comme les éruptions médicamenteuses artificielles d'origine interne qui constituent comme des éruptions expérimentales. L'iodure de potassium, par exemple, une fois ingéré dans l'es-

tomac peut, soit par un réflexe parti de la muqueuse stomacale, soit par son absorption dans la circulation générale et un réflexe parti des centres nerveux, soit par son élimination et son action glandulaires et tégumentaires, provoquer des éruptions, mais seulement chez certains sujets. Elles disparaissent avec lui, cause passagère, non chronique.

Les « réactions nerveuses » modifiées par l'hérédité peuvent arriver à jouer un rôle propre très considérable dans la genèse des dermatoses. Mentionnons à ce propos les prurits hystériques, la lichénification de l'eczéma, le lichen. Les crises tabétiques de démangeaisons sont liées nettement à des altérations spinales. Il y a aussi de *vrais eczémas* réellement *nerveux* de par leur symétrie, leur distribution suivant le trajet d'un ou plusieurs nerfs, et de par leur guérison par la médication dirigée contre le système nerveux. Une *ponction lombaire* pratiquée chez notre malade ne nous a pas donné de résultats appréciables.

Nous terminerons cette revue des causes déterminantes par l'examen de *l'insuffisance rénale*. Nous avons vu chez notre malade une vraie crise d'urémie. L'ensemble des formes urémiques ne constitue-t-il pas comme un *grossissement de l'auto-intoxication ?* Nous avons trouvé des *traces d'albumine* dans les urines de notre malade. *D'abord une rétention de l'urée et des chlorures, puis une décharge énergique nous ont aussi paru marquées.* François-Dainville, Maille, etc., ont fait les mêmes constatations. Colombini a observé une *hypotoxicité urinaire* dans l'eczéma. L'insuffisance du rein seul semble démontrée. Mais, du reste, « la rétention toxique, dit Castaigne, cité par Grasset (au sujet de l'urémie), n'est pas forcément parallèle à la perméabilité rénale, puisqu'il existe un facteur circulatoire et un facteur interstitiel, indépen-

damment de l'élément rénal ». « L'urémie est un grand syndrome de *l'insuffisance antitoxique* » (Grasset). Chez notre malade, ces troubles rénaux sont-ils primitifs ou secondaires? A l'encontre de Thibierge, Tilbury Fox a constaté souvent l'eczéma chez les rénaux. « Il n'y a pas de formule urinaire de l'eczéma, dit Brocq. Jacquet et Brochin (Congrès de Dermat., 1904), pensent que la minéralisation élevée du sang favorise dans une certaine mesure le processus eczématique ; ils font remarquer que la saignée exerce une action bienfaisante sur le prurit et les éruptions eczémateuses. » Nous n'avons pas trouvé d'albumine dans les urines à la période d'accalmie eczématique et le rein s'est remis à fonctionner *normalement*, fortement. Ces troubles excréteurs ne nous semblent point la cause unique et profonde de la maladie envisagée. Ils ont contribué à sa formation ; ils se sont ensuite exagérés par l'apparition de la dermatose et de l'infection secondaire. Ils sont surtout en rapport avec une cause primordiale dont l'eczéma est aussi un effet, la *dyscrasie*, l'auto-intoxication.

Mais avant de parler de la *théorie interne de* L'ECZÉMA, nous voulons analyser les RAPPORTS DE CETTE AFFECTION AVEC L'ÉRYTHRODERMIE. La *rougeur* serait causée par un élément irritant, portant son action sur les centres neuro-vasculaires, foyers de réflexes érythémalogènes (Ribollet). Et cet élément, quel est-il ?...

Les érythrodermies doivent-elles être considérées comme des entités morbides, comme un groupe bien homogène. Pour l'érythrodermie secondaire, nous inclinons à penser qu'elle ne constitue qu'une simple transformation objective de la maladie première déviée de son type et arrivée à un très haut degré de gravité. Cela nous semble

assez net pour l'érythrodermie post-eczématique. Nous nous expliquerons sur le suintement, seul symptôme différentiel.

En tout cas, il nous semble impossible que dans l'érythrodermie il s'agisse d'une superposition, d'une addition d'un syndrome nouveau (toujours identique à lui-même une fois constitué, qu'il soit secondaire ou primitif). Nous avons constaté une succession de formes morbides, nous dirons qu'elles sont toutes diverses ou toutes analogues (les infections secondaires nettes mises à part, bien entendu). Du reste, comment évolue-t-il ce syndrome érythrodermique nouveau et complexe, sinon relativement à des conditions variables, à d'indéniables prédispositions individuelles.

III. Vraiment, l'ampleur des faits, des effets que nous avons pu constater, nous semblent ne pouvoir être en rapport qu'avec des causes profondes. Toutes les théories externes et internes locales ne paraissent point exclure la théorie interne et elles ne peuvent expliquer nettement ce complexus pathologique qui tient tant de place dans le temps et dans l'espace. Elles aboutissent toutes à constater une indéniable mais vague *prédisposition individuelle.*

Dans notre cas, il s'agit plus que d'une prédisposition individuelle ; nous sommes en présence d'une *maladie générale*, et toutes ces formes morbides observées se relient bien les unes aux autres. Comment se fait-il qu'une personne considérée réagit du côté de la peau (et de ce côté par la forme éruptive unique eczématique, psoriasique ou autre, ou par des formes mixtes successivement, ou en même temps), plutôt que par un ou plusieurs des autres troubles internes. C'est là une différence en rapport

avec les causes extérieures et les causes intérieures locales qui s'enchaînent retentissant les unes sur les autres, aboutissant à une ou plusieurs manifestations morbides déterminées. *L'auto-intoxication fait l'eczéma ; les autres causes en font les formes.*

L'auto-intoxication fait l'ensemble de ces manifestations morbides ; les influences secondes et *secondaires* en *spécifient, en spécialisent les modalités.* C'est là un fait d'observation clinique bien ancienne et c'est tout au moins une hypothèse logique et féconde. Le *lieu de moindre résistance*, le *point d'appel*, n'est pas immuable (*métastases*) et l'on voit très bien succéder à une résection de varices (chez un arthritique) un eczéma généralisé (A. Renault). Un organisme héréditairement dystrophique semble même avoir de la tendance à augmenter ses maux par l'auto-intoxication. *Le trouble de la fonction crée la lésion de l'organe,* et *la lésion de l'organe retentit sur la fonction de l'organe* (ou plutôt de *l'appareil*). Beaucoup de maladies d'estomac de causes neuro-arthritiques (Fedeli) engendrent d'autres maladies.

L. Duncan, Bulkley, Gaucher, etc., ont insisté sur l'arthritisme, l'anémie, le manque d'hygiène générale et cutanée, etc., comme causes prédisposantes de l'eczéma. Est-il nécessaire de comparer l'hygiène et le régime *capricieux* de femme avec l'hygiène et le régime lacté imposé et efficace chez notre malade ?

Un ralentissement de la nutrition (Bouchard) et surtout un déséquilibre entre l'alimentation, l'assimilation, la désassimilation et l'élimination expliquent l'auto-intoxication, engendrant des « dystrophies symptômes » et des « dystrophies maladies » (Grasset). Ces dernières sont héréditaires, congénitales ou acquises. L'hérédité de l'eczéma a été établie souvent.

Maillé a relié l'eczéma infantile à l'hérédité arthritique ; Gilbert et Lereboullet ont montré que l'insuffisance hépatique existe souvent chez les arthritiques (cholémie familiale). L'eczéma des alcooliques ne serait-il pas en rapport avec une altération hépatorénale, sous la dépendance elle-même d'une dyscrasie ; n'est-il pas une dystrophie acquise et, en quelque sorte, presque expérimentale. Dans notre pays d'origine, nous avons pu nous convaincre de la *nature alcoolique* de certains eczémas et par la suppression de la cause atténuer l'effet.

Nous avons noté, en Corse, chez des *paludéens* aux *troubles spléniques* nets, de *l'eczéma* bien caractérisé. Les toxines de l'hématozoaire doivent être la cause de ces manifestations pathologiques.

Notre malade est bien une auto-intoxiquée. Malgré la suppléance émonctorielle de la peau et du rein, malgré l'asepsie, malgré le suintement abondant, elle est restée quelque temps manifestement en proie à des troubles dyscrasiques. Ce suintement ressemble au déversement du vase trop plein. Il a été noté, surtout dans l'eczéma séborrhéique (L. Brocq) et chez les eczématiques goutteux. Tandis que *l'eczéma vésiculaire pur* peut devenir *érythrodermie exfoliante généralisée secondaire vraie* avec *squames* sèches, *l'eczéma séborrhéique* a plutôt de la tendance à rester *suintant*. Les squames ont été analysées par Quinquaud (dans l'érythrodermie exfoliante généralisée cachectique) ; il y aurait 9 à 10 grammes par jour d'urée dans 39 grammes de squames.

La rétention de l'urée et des chlorures est un fait signalé souvent dans les érythrodermies.

L'étude du chimisme de l'organisme humain n'a pas dit son dernier mot et, cette « matière peccante », tourment des arthritiques et des partisans des théories diathésiques pourra bien être précisée demain. Voyez, par exemple, comment de jour en jour s'éclaire le rôle du *chlorure de sodium* !

Analogue à celui du milieu *extérieur* où vivent encore plusieurs animaux, le taux salé du milieu *intérieur* de l'homme (Quinton, Hœckel) a une fonction régulatrice de l'équilibre osmotique ; son rôle *compensateur* (Winter), son rôle *dialyseur* et facilitant l'élimination de l'urée et d'autres produits de désassimilation (A. Gautier, Charrin) n'empêchent point qu'il puisse s'accumuler dans l'organisme à la suite d'une perturbation de *l'appareil de chlororégulation (rein, milieu sanguin et tissulaire)* (Grasset) et devenir *cause d'auto-intoxication,* d'œdème, de congestion et *d'éruptions cutanées* (Gaucher, François-Dainville). De là vient l'hypochlorurie du début de la maladie observée, des recrudescences et des maladies stationnaires ; ainsi s'expliqua l'hyperchlorurie coïncidant avec l'amélioration.

Nous ne pouvons nous empêcher de songer ici à la charcuterie dont le sel est le moindre inconvénient et aux toxidermies qu'elle conditionne chez nos compatriotes corses et dans certaines villes comme Marseille. Loin de nous de penser à nier l'idiosyncrasie et la prédisposition qu'ont certains sujets à réagir plus que d'autres.

Ce n'est point seulement le chlorure de sodium qui peut à la fois être si avantageux et désavantageux ; tous les aliments le sont, surtout quand les dépenses sont petites et que les recettes sont grandes. Nous voulons parler de la vie sédentaire. Et l'on a pu voir des prurits, des éruptions

eczémateuses rétrocéder à la suite d'une saine hygiène, d'un régime doux, d'un exercice progressif.

I. Duncan, Bulkley, Tommasoli, ont rapproché *l'eczéma de la goutte*, et bien des cliniciens ont constaté des relations entre ces deux affections. Tommasoli accuse nettement, puissamment l'acide urique d'être l'agent primordial de l'eczéma. « L'acide urique fait l'eczéma, les autres causes en font les formes » (Tommasoli).

Ainsi l'eczéma — quand il est tout ce qu'il peut être — semble une maladie générale ou plutôt semble relié à une dyscrasie. Quand il se généralise, sa raison d'être s'est accrue, mais elle reste, dans son essence, identique à elle-même ; elle est univoque bien qu'à manifestations multiples. C'est pourquoi, dit Jacquet, la *lésion élémentaire* objective n'a point l'importance qu'on lui assigne souvent dans pareils cas. La dominante étiologique fondamentale de l'eczéma, c'est l'auto-intoxication ; *c'est là cette prédisposition qu'il faut avoir pour faire de l'eczéma simple, de l'eczéma généralisé, de l'érythrodermie post-eczématique.* Cette prédisposition est d'observation clinique courante. *L'étude de l'eczéma généralisé éclaire celle de l'eczéma simple et vice-versa.* La biologie précise chaque jour l'unité chimique de ces prédispositions. « Il n'y a que des eczémateux », dit Besnier, il semble bien que la plupart des eczémateux sont des auto-intoxiqués et que ceux qui portent la signature de la diathèse arthritique et ceux dont la dyscrasie est sans conteste font souvent de l'eczéma ; il est même particulièrement tenace, sérieux chez certains arthritiques, et chez des alcooliques invétérés.

Que de fois ne le voit-on pas s'éteindre et surtout se rapetisser sous le seul changement du régime et de l'hygiène générale ! Nous servant des paroles de Gaucher, nous

dirons de l'eczéma vrai : c'est la plus fréquente expression cutanée de l'auto-intoxication.

Par un double effort d'analyse et de synthèse, nous avons essayé d'indiquer les questions complexes se rattachant à l'eczéma généralisé érythrodermique. Nous avons tenu à examiner la valeur des faits et des idées ; on aurait pu aussi signaler les étapes historiques ; mais c'eût été faire l'HISTORIQUE de l'eczéma simple et de l'érythrodermie ; sans vouloir étendre outre mesure l'étude de ce fait de passage, entre plusieurs affections de la peau, on pourrait (plus facilement maintenant), camper l'affection observée dans la CLASSIFICATION dermatologique.

Mais il est un point important avant tout, c'est le point de vue thérapeutique.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les discussions, les subdivisions ne peuvent qu'aboutir toutes à un traitement général et local adéquat à toutes les manifestations morbides.

Ce n'est pas seulement à quelques placards d'eczéma que l'on a affaire ici ; la peau entière est atteinte ; tout l'organisme (tota substantia, dit Vidal) périclite.

Manifestes sont surtout les troubles des fonctions émonctorielles ; qu'ils aient créé les lésions des organes ou qu'ils en soient les effets, il n'en faut pas moins atténuer avant tout la tâche du foie, du rein et de la peau.

Une *indication majeure* se pose : désintoxiquer cet organisme ou plutôt lui faire faire plus que jamais « *diète de toxines* », suivant l'expression de Huchard. Le régime lacté est indispensable surtout durant les périodes aiguës de la maladie. Il demeure la seule et véritable ressource. Il a la valeur *d'un traitement étiologique.*

Qu'il faut protéger autant que possible cette assez superficielle, mais immense plaie contre l'invasion microbienne, c'est de toute évidence. Mais l'*asepsie* sera ici, comme partout, supérieure à l'antisepsie irritante.

Au milieu des *symptômes à traiter,* domine l'asthénie

et l'on pourrait prétendre que le lait n'est point destiné, ne suffit point à la combattre. A cette objection répond victorieusement le résultat obtenu par notre maître.

M. le professeur Vedel a essayé les injections *d'eau de la Bourboule* (50 grammes par jour). L'arsenic qu'elle contient (arséniate de soude, 0 gr. 0282 par litre), est considéré comme un modificateur de la nutrition et de la peau, qu'il agisse en excitant les oxydations, en s'éliminant par la peau ou autrement. Il a été donné avec la circonspection voulue ; les poussées aiguës nettes le contre-indiquent. Une stimulation de l'organisme est souvent obtenue ; et nous croyons qu'il a été utile à notre malade, donné surtout sous cette forme et en injections.

L'*eau de la Bourboule* contient aussi 2 gr. 838 par litre de *chlorure de sodium*, et l'hypochlorurie et la rétention chlorurée de notre malade nous ont fait craindre l'action de cet élément. Le lait de vache en contient lui-même 1 gr. 50 par litre.

Un symptôme capital est le *prurit*. Le *chlorure de calcium*, préconisé par Wright, a été administré avec succès intus à la dose de 4 grammes par jour, cinq jours sur quinze. « Il y a plusieurs médicaments dans un médicament. » (Huchard.) Le rôle à la fois hémostatique et antiprurigineux de plusieurs médicaments, est à comparer. S'agit-il là de phénomènes de tonification des nerfs vasomoteurs ? La *gélatine*, soit par son acidité, soit par le chlorure de calcium qu'elle contient souvent, est employée avec succès contre les hémorragies comme contre les prurits : les *bains gélatineux* les *bains amidonnés* ont une réelle action calmante, lénifiante sur cette vaste surface nerveuse irritée. Les *courants électriques* de grande fréquence et de haute tension (surtout appliqués par résonance, sous formes d'effluves) produisent des phénomènes

de vaso-motricité, de l'anesthésie, sans parler de la question de l'*ionisation*, encore imprécise (Bergonié). L'usage de la *douche tiède* a contribué à la guérison de notre malade.

L'*ovarine*, destinée à faire revenir les règles, a eu une action évidemment assez indéterminable dans ce complexus pathologique.

Les manifestations urémiques ont été traitées surtout en écartant les causes d'intoxication.

Pour nous, un eczéma vrai est un réel symptôme d'autointoxication. Un eczéma sérieux nous paraît être un eczéma généralisé *en puissance*. On pourrait dire aussi qu'un eczéma considérable est un eczéma généralisé *compensé*, une maladie générale latente. Vraiment, on a trop de tendance à négliger, à dédaigner le traitement général de l'eczéma.

CONCLUSIONS

I. L'eczéma généralisé érythrodermique ne se différencie pas essentiellement de l'érythrodermie exfoliante généralisée vraie épisodique post-eczématique. C'est un *fait de passage.*

II. La généralisation de l'eczéma peut être considérée comme un grossissement de l'eczéma simple, venant éclairer souvent le processus eczémateux.

III. L'eczéma vrai représente, nous semble-t-il, la plus expressive manifestation cutanée de l'auto-intoxication.

IV. Le traitement général est, en l'espèce, de très grande importance.

On peut avoir à combattre (par l'opothérapie) des troubles des sécrétions internes.

BIBLIOGRAPHIE

Audry. — Gazette hebdom. de méd. et de chir. Juin 1893.

Bazin (E.). — Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. Paris, 1868.

Besnier (E.). — La Pratique dermatologique. Paris, 1901.

Brocq (L.). — Etude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie d'Erasmus Wilson. Thèse Paris, 1882.

— Note sur les affections généralisées rouges et desquamatives. Comptes-rendus du Congrès international de dermatologie, 1899, p. 72.

— Pratique dermatologique, 1901.

— La question des eczémas. Annales de dermatologie, 1900.

— Dermatologie pratique, 1907.

— Pathologie générale des maladies de la peau.

Derrien. — Les érythrodermies. Thèse de Paris, 1896.

Dupeyrac. — Les métastases de l'eczéma. Thèse Paris, 1903.

François-Dainville. — Des troubles de la nutrition et de l'élimination dans les dermatoses diathésiques. Paris, 1906.

Gaucher (E.). — Leçons sur les maladies de la peau, 1895.

— Annales de dermatologie, 2e série, tome II, 1881, p. 264.

Hudelot. — Accidents généraux de l'eczéma, en particulier chez le nourrisson. Thèse Paris, 1900.

Kaposi. — Annales dermat., 1900.

Kreibich. — Phénomènes vaso-moteurs dans les dermatoses (Congr. intern. dermat., Berlin, 1904).

Leredde. — L'eczéma (maladie parasitaire), 1898.

Maille. — La mort rapide dans l'eczéma chez l'enfant. Thèse Paris, 1907.

Perrin (L.). — Maladies de la peau observées au dispensaire des enfants-malades (1893-1895). Marseille-Médical, 1896.

Quinquaud. — Note sur les affections cutanées d'origine rénale. Tribune médicale, 1880.

Renault (A.). — Ann. Derm., 1898, p. 459.

Ribollet. — Les Erythrodermies. Thèse Lyon, 1903.

Sabouraud. — Ann. Derm., 1899.

Stelwagon. — Traité des maladies de la peau, 1902.

Thibierge. — Ann. Derm., 1885, pp. 424 et 511.

Tommasoli. — Ann. Derm. Juillet 1900, pp. 801 et 811.

Unna. — Congrès de Derm. Paris, 1900.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 21 avril 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 21 avril 1910.
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesse ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !